Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur

SOLICITUD

para el

PROGRAMA DE INDEPENDENCIA FAMILIAR

PROGRAMA DE CUPONES (ESTAMPILLAS) DE ALIMENTOS

OTRA ASISTENCIA DE DSS

¿Necesita ayuda para completar esta solicitud? ¿Necesita un intérprete? Si así es, por favor pida ayuda en su oficina local de DSS.

Este es un formulario para los Programas de Independencia Familiar, y de Cupones de Alimentos. Si necesita un intérprete para ayudarlo a completar este formulario o durante la entrevista, pídanoslo en su oficina local de Servicios Sociales y le conseguiremos uno.

Número de Seguro Social – Ciudadanía – Estatus de Inmigración
Solicitantes de Independencia Familiar y Cupones (Estampillas) de Alimentos:

- Usted debe proporcionar los números de Seguro Social y el estatus de ciudadanía/inmigración de **todos** los miembros de la familia para los que quiere beneficios de dinero o cupones de alimentos.
- Si necesitamos información sobre una persona de quien usted no nos la proporcionó, un trabajador de DSS le contactará para hablar sobre los requisitos.
- DSS no comparte números de Seguro Social con el departamento de Servicios de Inmigración y Naturalización (INS).

"Conforme a la Ley Federal y a los reglamentos del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (DHHS), se le prohíbe a esta institución discriminar por raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Bajo la Ley de Cupones de Alimentos y el reglamento de USDA, también se prohíbe discriminar por religión o creencias políticas.

Para hacer una queja por discriminación, póngase en contacto con USDA, DHHS, o DSS. Escríbale a: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). Escríbale a: DHHS, Director, Office of Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) ó (202) 619-3257 (TDD). Escríbale a: DSS Office of Civil Rights, P.O. Box 1520, Columbia, S.C. 29202-1520; o llame al 1-800-311-7220, TTY: 1-800-311-7219. USDA, DHHS, y DSS son proveedores y empleadores no discriminatorios."

Reset

MARQUE CADA PROGRAMA EN EL QUE QUIERE PARTICIPAR:

☐ **Independencia Familiar** ☐ **Cupones de Alimentos** ☐ **Otros Programas de DSS**

DSS USE ONLY: ☐ New ☐ Reopen ☐ Cure Sanction ☐ Recertification/Redetermination	**DSS USE ONLY:** Date Filed: _____ Screener: _____

CHIP Case No.:	Worker's Name:	Interview Date:

FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE

1. Díganos quién es usted y dónde vive.

Apellido:	Nombre:	Inicial del 2º Nombre:	Número de Teléfono: (de usted o otra persona)	
Dirección de Vivienda: (Incluya Número de Apartamento/Terreno)	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Condado:
Dirección Postal: (Si es diferente, incluya Número de Apart./Lote)	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Número de Distrito Escolar:

2. ¿Le gustaría que alguien no de su hogar complete la solicitud por usted o venga para una entrevista por usted como su representante autorizado? ☐ Sí ☐ No Si contesta sí, díganos la información abajo:

   Nombre del Representante: _____

   Dirección: _____

3. ¿Ha recibido Cupones (Estampillas) de Alimentos antes? ☐ Sí ☐ No
   Si contesta que sí, ¿todavía tiene su tarjeta verde y plástica de EBT? ☐ Sí ☐ No
4. Díganos quién vive con usted. Ponga su nombre (o la persona arriba mencionada en número 1) en la primera línea.

	Apunten los Nombres como Aparecen en las Tarjetas de Seguro Social (Si la persona tiene una tarjeta)	**Programas**	**Programas Apunte Apellidos de Casado u Otros Nombres Usados**	**Ciego o Discapacitado**	**Ciudadano de USA**	**Edad**	**Fecha de Nacimiento**	**Número de Seguro Social o Fecha de SS-5**	**Sexo** Masc. o Fem.	**Parentesco con Respecto a la Persona en la Línea 1**	**¿Es alguien Hispano /Latino?**	*** Código de Raza** (Escoja uno o más)
1				Sí No	Sí No					Yo	Sí No	
2				Sí No	Sí No						Sí No	
3				Sí No	Sí No						Sí No	
4				Sí No	Sí No						Sí No	
5				Sí No	Sí No						Sí No	
6				Sí No	Sí No						Sí No	
7				Sí No	Sí No						Sí No	
8				Sí No	Sí No						Sí No	

(PARA PROPÓSITOS ESTADÍSTICOS SOLAMENTE) * Códigos de Raza: **BL - Negro o Afro Americano; WH - Blanco; AS - Asiático/Oriental; AI - Amerindio/Nativo de Alaska; NH - Nativo de Hawaii u Otra Isla Pacífica**

5. ¿Alguien en la lista arriba está embarazada? ☐ Sí ☐ No Si sí, ¿quién?: _____
   Fecha de nacimiento esperada: _____
6. ¿Hay algún adolescente en la lista arriba (hombre o mujer) un padre? ☐ Sí ☐ No Si sí, ¿quién?: _____
7. **Conteste las siguientes preguntas para ver si Ud. puede obtener Cupones (Estampillas) de Alimentos dentro de siete (7) días.**
   a. ¿Alguien recibió más dinero este mes? ☐ Sí ☐ No Si sí, ¿cuánto? _____ ¿Cuándo? _____
   b. ¿Alguien espera recibir más dinero este mes? ☐ Sí ☐ No
      Si sí, ¿cuánto? _____ ¿Cuándo? _____
   c. ¿Es un miembro de su hogar un trabajador agrícola temporal? ☐ Sí ☐ No
   d. Díganos acerca de sus gastos de hogar:
      ¿Cuánto es su pago de renta/hipoteca por mes? $ _____
      ¿Cuánto cuestan sus servicios públicos (luz, etc.) por mes? $ _____
      ¿Recibió usted un cheque para los servicios? ☐ Sí ☐ No ¿Cuánto? $ _____

Díganos acerca de los ingresos, posesiones, y recursos que los miembros de su hogar tienen.

8. Ponga los ingresos **BRUTOS**, no la cantidad que se lleva a casa. Si desempleado ponga "0."

Nombre de la Persona que Gana un Sueldo:	Nombre de la Persona que Gana un Sueldo:
Nombre y Número de Teléfono de Empleador:	Nombre y Número de Teléfono de Empleador:
Cantidad de Cada Periodo de Pago Antes de Impuestos: $ _____ ☐ Semanal ☐ Bisemanal ☐ Quincenal ☐ Mensual Horas Trabajadas Cada Semana: _____	Cantidad de Cada Periodo de Pago Antes de Impuestos: $ _____ ☐ Semanal ☐ Bisemanal ☐ Quincenal ☐ Mensual Horas Trabajadas Cada Semana: _____

9.

Otros Ingresos	Cantidad	¿Con que frecuencia recibe este ingreso?	¿Qué miembro de la familia recibe este ingreso?
Manutención de Niños	$		
SSI	$		
Pagos de Seguro Social	$		
Subsidios de Desempleo	$		
Subsidios de Veterano	$		
Otros (Explique)	$		

10. ¿Cuánto tienen los miembros del hogar en efectivo, cuentas corrientes y de ahorro(s)? $ _____
11. ¿Además del lugar donde vive, alguien en su hogar posee terreno, carros, camiones, edificios u otras posesiones? ☐ Sí ☐ No Si sí, ¿cuánto vale? $ _____
12. ¿Le paga a alguien por cuidar a su(s) niños menores de 13 años o por cuidar a un adulto/padre mientras usted trabaja? ☐ Sí ☐ No Si así es, número de niños por quienes usted paga para que los cuiden: _____ . Si así es, número de adultos por quienes usted paga para que los cuiden: _____ .
13. ¿Es algún miembro de su hogar un prófugo de la justicia o un infractor de su libertad condicional? ☐ Sí ☐ No Si así es, nombre: _____
14. ¿Algún miembro de su hogar fue condenado por una infracción de abuso de sustancia controlada después del 22 de agosto de 1996? ☐ Sí ☐ No Si sí, nombre: _____
15. **Favor de firmar esta declaración/solicitud.**
    Declara que la información provista arriba por mí o mi representante autorizado es verdadera según mi leal entender y saber. Autorizo al Departamento de Servicios Sociales a ponerse en contacto con las personas necesarias para verificar mis declaraciones. Sé que puedo ser penalizado por dar a sabiendas información falsa. Declarao bajo pena de perjurio que todas las personas registradas en esta solicitud que pueden recibir beneficios son ciudadanos estadounidenses o extranjeros legales cualificados. Declaro que recibí el folleto *Sus Derechos y Responsibilidades* del trabajado de mi caso.

    Firma de Solicitante/Cliente: _____ **Fecha:** _____

    Firma de dos testigos, si firmado con "X": (1) _____ (2) _____

☐ He decidido retirar mi solicitud para:

- ☐ Independencia Familiar Razón: _____
- ☐ Cupones de Alimentos Razón: _____
- ☐ Otro: _____ Razón: _____

Firma: _____ Fecha: _____

DESCRIPCIONES DE LOS PROGRAMAS

Esta solicitud puede usarse para participar en los siguientes programas:

Independencia Familiar (FI):
Este programa le pagará un cheque mensualmente. Le ayudará a entrenarse para un trabajo y buscar un empelo. Pagará por el cuidado de niños y gastos de transporte.

Cupones de Alimentos (FS):
Este programa le ayudará a comprar comida para su familia.

Otra Ayuda:
Esta solicitud también puede usarse para participar en programas como el de Asistencia para Refugiados.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD

- Por favor llene todos los espacios que pueda. Si necesita ayuda o no entiende una pregunta, un trabajador de DSS puede ayudarle.

- Asegúrese de:
  - Escribir su nombre
  - Escribir la fecha de hoy
  - Firmar la solicitud

- Puede que su trabajador de DSS programe una entrevista con usted. Si quiere, usted puede venir con alguien que pueda ayudarle. Cuando usted venga a la entrevista, traer los siguientes documentos puede ayudar a su trabajador de DSS a completar su solicitud más rápido:
  - Talones de pago de las últimas cuatro (4) semanas de trabajo, si actualmente está trabajando
  - Actas de nacimiento de usted y de sus niños
  - Tarjetas de Seguro Social de cada miembro de la familia que esté solicitando beneficios – niños y adultos
  - Identificación con foto (licencia de conducir o tarjeta de identificación estatal)
  - Recibos de pago de la renta o la hipoteca
  - Cuentas de servicios públicos (electricidad, agua, teléfono, etc.)
  - Estados de cuenta del banco

- Envíe por correo o lleve esta solicitud al Departamento de Servicios Sociales (DSS).

- Para obtener la dirección de su oficina local de DSS, llame gratis al: 1-800-768-5700.